

2: For completion by the General practitioner (continued)

Supporting clinical information (continued)

4. Details of non-medication modalities to manage this patient

Clinical assessment

Weight	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kg	Height	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	cm	BMI	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Waist circumference	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	cm				
Smoking status	<input type="text"/>	Never	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Ex	<input type="text"/>	Started	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Stopped	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ave/day	<input type="text"/> <input type="text"/>	
	<input type="text"/>	Present	<input type="text"/>	Started	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Average per day	<input type="text"/>	< 3	<input type="text"/>	3 - 10	<input type="text"/>	> 10	<input type="text"/>	
Blood pressure reading	Initial	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						Date	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Present	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Date	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

3: General practitioner's information

Doctor's name(s) and surname	<input type="text"/>												
Practice number	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fax	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
Contact number	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>												
Email address	<input type="text"/>												
Postal address	<input type="text"/>												
	<input type="text"/>											Postal code	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

I certify that the specific diagnosis indicated above relates to the medication that I have prescribed.

Signature of General Practitioner	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	----------------------	-------------	---